

FRANCIELI ETIANE ZAGO

**ANÁLISE DO CARTÃO DA GESTANTE DE PACIENTES NO
PUERPÉRIO IMEDIATO ATENDIDAS NA MATERNIDADE
CARMELA DUTRA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

FRANCIELI ETIANE ZAGO

**ANÁLISE DO CARTÃO DA GESTANTE DE PACIENTES NO
PUERPÉRIO IMEDIATO ATENDIDAS NA MATERNIDADE
CARMELA DUTRA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Jorge Abi Saab Neto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

*“Na prática obstétrica, a
sabedoria não é uma só: há três
sabedorias – saber esperar,
saber decidir, saber intervir”
(Fernando Magalhães)*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela generosidade de graças que me concedeu ao longo da vida.

A meus pais, Riquelmo e Iracy: por acreditarem nos meus sonhos e não medirem esforços em os tornar realidade, por serem exemplo de vida, por todo o amor dedicado. A meus irmãos, Maurício e Leonardo, pela amizade e carinho constantes.

A minhas amigas... por todos os sorrisos, cafés, conversas, conselhos...

Ao meu orientador, Dr. Jorge, pela disponibilidade e ajuda.

Ao meu namorado, Fernando, pela força com que me apoiou e a suavidade com que me compreendeu durante a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Apesar de a gravidez ser um processo fisiológico, o acompanhamento pré-natal (PN) traz benefício à saúde da gestante e do feto. Entretanto, indicadores sobre a mortalidade materna e fetal apontam a necessidade de aprimorar a assistência neste período. Para avaliar a qualidade do PN realizado em Florianópolis optou-se por analisar o Cartão da Gestante. Ele contém as principais informações relativas ao pré-natal, o que permite a quantificação dos cuidados prestados.

Objetivos: Analisar a assistência PN prestada no município de Florianópolis a gestantes cujo parto se deu na Maternidade Carmela Dutra (MCD).

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, realizado através da auditoria do Cartão da Gestante de mulheres no puerpério imediato que tenham realizado todo o pré-natal em Florianópolis e cujo parto ocorreu na MCD durante o mês de Fevereiro de 2008.

Resultados: Foram analisados 117 cartões. A média de idade das pacientes foi de $25,09 \pm 6,59$ anos. A média de idade gestacional ao início do PN foi de $102,25 \pm 43,69$ dias. Realizou-se, em média, $6,78 \pm 2,20$ consultas. Os exames mais solicitados foram hemoglobina/hematócrito, VDRL, urina tipo 1 e glicemia de jejum. Sorologia para HIV no primeiro trimestre de gestação foi solicitado em 60,7% dos cartões. Colpocitologia oncótica não foi registrada em 77% deles.

Discussão e conclusões: Apesar de a maioria das mulheres ter iniciado precocemente o PN e ter realizado o número mínimo de consultas, há necessidade de ampliar as ações preventivas durante sua realização.

Palavras-chave: Pré-natal, gestação, avaliação de programas

ABSTRACT

Introduction: Despite pregnancy being a physiologic process, prenatal care brings benefits to fetus and pregnant woman's health. However, indicators on maternal and fetal mortality suggest the need to enhance assistance in this period. To evaluate prenatal care quality in Florianopolis, it has been chosen to analyze the "Pregnant Woman's Card". It contains key information on prenatal care, which allows the quantification of care provided.

Objectives: To analyze the prenatal following provided in the city of Florianopolis to pregnant women whose delivery happened in Carmela Dutra Maternity (MCD).

Methods: This is a descriptive, cross-sectional retrospective survey by the audit of the pregnant women's cards from those which prenatal care happened in Florianopolis and whose labor occurred in MCD during the month of February 2008 .

Results: We examined 117 cards. The average age of patients was 25.09 ± 6.59 years. The average gestational age in the beginning of prenatal care was 102.25 ± 43.69 days. There was, on average, 6.78 ± 2.20 visits. The most requested tests were hemoglobin / hematocrit, VDRL, urinalysis and fasting plasma glucose. Serology for HIV in the first trimester of pregnancy was required in 60.7% of the cards. Pap smear was not recorded in 77% of them.

Discussion and conclusions: Although the majority of women had an early prenatal following and had the minimum number of visits, there is a need for increased preventive measures in this process.

Keywords: Prenatal care, pregnancy, evaluation of programs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico da distribuição do atendimento pré-natal entre o SUS e a rede privada na amostrada estudada	11
Figura 2 – Dados sobre anamnese e exame físico na primeira consulta, comparando o preenchimento destes entre cartões de gestantes acompanhadas no SUS e na rede privada....	16
Figura 3 – Porcentagem de Cartões da Gestante com informação sobre a vacinação anti-tetânica, comparando a assistência pré-natal prestada no SUS e na rede privada	17
Figura 4 – Presença da curva AU X IG no Cartão da Gestante e seu preenchimento, comparando-se o pré-natal realizado no SUS e na rede privada	19
Figura 5 – Comparação entre SUS e rede privada na porcentagem de exames laboratoriais registrados no Cartão da Gestante referentes ao primeiro trimestre de gestação	20
Figura 6 – Comparação entre SUS e rede privada na porcentagem de exames laboratoriais registrados no Cartão da Gestante referentes ao segundo trimestre de gestação.	21
Figura 7 – Comparação entre SUS e rede privada na porcentagem de exames laboratoriais registrados no Cartão da Gestante referentes ao terceiro trimestre de gestação..	22
Figura 8 - Realização de colpocitologia oncótica considerando cada trimestre de gestação	22
Figura 9 – Comparação entre o SUS e a rede privada na solicitação de colpocitologia oncótica no período gestacional	23
Figura 10 – Proporção de gestações na adolescência no município de Florianópolis..	26
Figura 11 – Curva de altura uterina para a idade gestacional utilizada pelo Ministério da Saúde.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população estudada conforme faixa etária.....	12
Tabela 2 - – Distribuição pacientes com pré-natal realizado pelo SUS conforme faixa etária	12
Tabela 3 – Distribuição das pacientes cujo pré-natal ocorreu na rede privada, conforme faixa etária	13
Tabela 4 – Número de consultas pré-natal realizadas no primeiro trimestre de gestação	13
Tabela 5 – Número de consultas pré-natal realizadas no segundo trimestre de gestação	14
Tabela 6 – Número de consultas realizadas no terceiro trimestre de gestação.....	14
Tabela 7 – Número de consultas realizadas durante o pré-natal assistido pelo SUS....	15
Tabela 8 – Número de consultas realizadas durante o pré-natal efetuado na rede privada	15
Tabela 9 – Dados sobre anamnese e exame físico da primeira consulta pré-natal.....	15
Tabela 10 – Existência do número do SISPRENATAL considerando o pré-natal realizado no SUS	16
Tabela 11 – Realização do esquema de vacinação antitetânica.....	16
Tabela 12 – Porcentagem de preenchimento das informações sobre exame clínico-obstétrico a cada consulta ao longo do pré-natal.....	17
Tabela 13 – Porcentagem de preenchimento (e desvio-padrão) das informações sobre exame clínico-obstétrico a cada consulta ao longo do pré-natal, comparando a assistência no SUS e na rede privada	18
Tabela 14 - Presença da curva AU X IG no Cartão da Gestante e seu preenchimento	18
Tabela 15 – Exames laboratoriais solicitados no primeiro trimestre.....	19
Tabela 16 – Exames laboratoriais solicitados no segundo trimestre	20
Tabela 17 – Exames laboratoriais solicitados no terceiro trimestre	21
Tabela 18 – Número de USG realizadas durante a gravidez	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
CLAP	Centro Latino-Americano de Perinatologia
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DPP	Data Provável do Parto
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUM	Data da Última Menstruação
GM	Gabinete do Ministro
Hb	Hemoglobina
HbsAg	Antígeno de Superfície da Hepatite B
HCV	<i>Hepatitis C Virus</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
Ht	Hematócrito
IG	Idade Gestacional
IgM	Imunoglobulina M
MCD	Maternidade Carmela Dutra
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PN	Pré-Natal
Rh	Rhesus
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Informação em Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Anti-Retro Viral
TTOG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
SUMÁRIO	xi
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Breve histórico.....	1
1.2 Evolução da assistência pré-natal no Brasil	1
1.3 Pré-natal: Conceito, objetivos e importância	2
1.4 Protocolo da Atenção Pré-Natal do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Florianópolis	3
1.5 Justificativa do presente estudo.....	4
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 Geral.....	6
2.2 Específicos.....	6
3 MÉTODO.....	7
3.1 Delineamento do estudo.....	7
3.2 População estudada	7
3.3 Critérios de inclusão	7
3.4 Critérios de exclusão.....	7
3.5 Elaboração da ficha de coleta de dados	8
3.6 Aplicação do questionário	8
3.7 Variáveis estudadas	8
3.8 Análise estatística	10
3.9 Aspectos éticos e legais	10
4 RESULTADOS.....	11
5 DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÕES	36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
NORMAS ADOTADAS	41
Anexo 1	42
Anexo 2	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve histórico

A gestação é um processo fisiológico que evolui sem intercorrências em cerca de 90% dos casos. Trata-se de uma época de muitas mudanças para a mulher, não apenas físicas, mas também psicológicas e concernentes a sua estrutura familiar e, de modo mais abrangente, social. Como consequência manifestam-se também ansiedades, temores, expectativas e fantasias (1). Neste contexto surgem as primeiras orientações de pré-natal, inicialmente sobre o controle do humor e da dieta, encontradas em livros indus. No início do século XIX ainda eram raras as gestantes que recebiam algum tipo de assistência. Esta consistia meramente em recomendações sobre o estilo de vida e poucas medidas de monitorização, a exemplo da palpação abdominal (2).

É na França, em 1890, que surge o que se considera o início do adequado cuidado pré-natal (3). Pinard observou que partos ocorridos em instituições francesas de refúgio a mulheres grávidas abandonadas geravam bebês grandes e saudáveis (4).

1.2 Evolução da assistência pré-natal no Brasil

A assistência pré-natal no Brasil iniciou-se no século XIX através de consultas no período pré-natal, porém sem sistematização clínica, quadro que se manteve até o fim da década de 70 (4).

As primeiras políticas governamentais contemplando a saúde da mulher surgiram a partir de 1977, ano de criação do Programa de Saúde Materno-Infantil. Este se destinava à prevenção da gestação de alto risco, mas foi inviabilizado por suas estratégias inadequadas (5). Um novo debate sobre a assistência à mulher é propiciado quando a Organização das Nações Unidas (ONU) declara o período entre 1976 e 1985 a década para a mulher. Os movimentos de mulheres articulam-se então aos grupos que buscavam a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (4, 6). Dentro deste modelo o Ministério da Saúde (MS) elabora em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dentro do qual está contida a atenção pré-natal, além dos demais aspectos de saúde da população feminina (7).

A avaliação da assistência pré-natal através de indicadores disponíveis no final da década de 90 expôs as dificuldades de implantação das ações propostas (4). Visando enfrentar

esses problemas o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) que ampliou a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica e estabelece a estes a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal (7).

Em junho de 2000, o MS institui através da Portaria/GM nº 569 de 1/6/2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) o qual tinha por objetivos concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, dentre outros (6).

1.3 Pré-natal: Conceito, objetivos e importância

“A história que cada gestante carrega no próprio corpo deve ser contada durante o pré-natal...” (8)

Atualmente conceitua-se pré-natal como todas as medidas dispensadas às gestantes visando manter a integridade física do conceito sem afetar as condições físicas e psíquicas da mãe (9). Desde seu surgimento, as metas desse tipo de assistência ampliaram-se, tendo como objetivos:

- *“Prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores sócio-econômicos e emocionais, bem como os médicos e/ou obstétricos;*
- *Instruir a paciente no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios que ela pode se valer para melhorar sua saúde;*
- *Promover um suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a tem sob seu cuidado de forma que ela possa ser bem sucedida na sua adaptação à gravidez e diante dos desafios que enfrentará ao criar uma família” (10).*

Fundamental ao bem-estar do binômio mãe-feto e ao sucesso da gestação, o acompanhamento pré-natal deve ter início assim que confirmada a gestação e se prolongar até o momento do parto (11, 12). Justifica-o o fato de que sua ausência está associada a mortalidade perinatal cinco vezes superior em relação ao atendimento pré-natal regular. Além

disso, trata-se de uma oportunidade importante para o exercício da Medicina Preventiva (3) entre a população feminina.

1.4 Protocolo da Atenção Pré-Natal do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Florianópolis

As mulheres constituem uma demanda importante nos serviços de atenção à saúde. Em 2007, 67,5% da população feminina do município encontrava-se em idade fértil (10 a 49 anos) (13). Dentre as gestantes, a maioria realiza o acompanhamento pré-natal na rede pública (14).

A atenção pré-natal humanizada e qualificada se dá por meio de condutas acolhedoras, evitando intervenções desnecessárias. Os seguintes parâmetros são estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

- Captação precoce das gestantes. Idealmente a primeira consulta deve ser realizada antes dos 120 dias de gestação;
- Realização de no mínimo seis consultas de pré-natal: uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre, preferencialmente;
- Atividades educativas, esclarecimento de dúvidas e estímulo ao parto normal;
- Anamnese e exame clínico-obstétrico;
- Exames Laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh, hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, urina tipo 1, testagem anti-HIV e, se disponível, sorologia para toxoplasmose na primeira consulta; glicemia de jejum, VDRL, urina tipo 1, testagem anti-HIV e, se disponível, sorologia para hepatite B (HbsAg) próximo à 30ª semana de gestação;
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino;
- Imunização antitetânica;
- Avaliação do estado nutricional;
- Realização da consulta da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal até o 42º dia após o parto (15).

Além destas ações básicas, a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) ainda preconiza a realização de ultrassonografia obstétrica entre a 17ª e a 22ª semana de gestação e a cultura para *Streptococo Beta Hemolítico* na 35ª semana de idade gestacional (16).

1.5 Justificativa do presente estudo

Uma atenção pré-natal humanizada e de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. Segundo informações do Ministério da Saúde, tem-se notado o aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (15).

Tão importante quanto garantir o acesso ao pré-natal é prezar por sua qualidade. Apesar da ampliação da cobertura, indicadores do Sistema de Informação em Pré-Natal/MS (SISPRENATAL) de 2002 demonstraram que apenas 4,07% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2001) realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa. Outros indicadores que atestam a necessidade de aprimoramento da assistência ao pré-natal são a incidência da sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos, no SUS (dados do programa DST/AIDS, 2002) e o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil (7).

A morte materna e neonatal, importantes indicadores de saúde, permanecem como problemas sociais relevantes. Em 1998 a Razão de Morte Materna (RMM) no Brasil foi de 65,23 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo que na região Sul esta ficou em 80,17 devido à subnotificação ser maior em outras regiões. Ainda assim, são taxas dez a vinte vezes superiores às encontradas em países desenvolvidos (1). Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, a RMM em 2003 foi de 51,74 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sabendo-se que 92% dos casos de mortalidade do ciclo gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis (dados sem aplicação do fator de correção). Entre as mortes de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, grande parte delas associadas à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério (15).

Em estudo realizado a partir de dados colhidos pelos funcionários do Programa Capital Criança de Florianópolis, mulheres com parto no ano de 1999 tiveram em média 7,3 consultas de pré-natal, sendo que 75% delas realizaram seis ou mais consultas; apenas 2,6% das puérperas não realizaram acompanhamento pré-natal (14). Ainda assim, Florianópolis apresentou em 2004 uma RMM de 20,72 por 100.000 nascidos vivos e um Índice de Gravidez na Adolescência de 18.1% (16). Em 2005, a Mortalidade Proporcional em menores de um ano de idade por afecções originadas no período neonatal foi de 65,9%, dados que reiteram a necessidade de aprimorar a assistência à gravidez e ao puerpério (13).

A falta de dados em qualquer momento da assistência perinatal compromete a qualidade da assistência nas etapas seguintes. Como a maioria das gestantes faz acompanhamento em serviços de baixa complexidade, seu parto em unidades de referência e

o controle pós-parto e pediátrico normalmente em local diferente de onde a criança nasceu, o Cartão da Gestante constitui-se em importante ferramenta de referência e contra-referência entre estes diversos serviços de saúde (8).

O Cartão da Gestante deve estar sempre em poder da mulher em todo o ciclo grávido-puerperal. Nele são, ou deveriam ser, registrados os dados fundamentais relativos ao controle pré-natal, de modo sistemático, espelhando a evolução da gestação e os cuidados efetivamente fornecidos (8).

Dada a sua importância, o Cartão da Gestante é considerado uma fonte de dados a ser analisada quando se avaliam as ações da assistência pré-natal (8).

Uma das condições para a assistência pré-natal efetiva é a garantia de avaliação das ações preconizadas (8), a fim de identificar os problemas das instituições que realizam esse atendimento e da própria população-alvo, visando assim a adoção de estratégias que permitam melhorar tal assistência (10).

As mulheres são chamadas a fazer o pré-natal. Ao responder tal chamado elas depositam sua confiança nas pessoas que lhes prestam assistência (8). O pré-natalista deve ser competente, humano e dedicado para corresponder a essas expectativas (1).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a assistência pré-natal prestada no município de Florianópolis a gestantes cujo parto se deu através do Sistema Único de Saúde (SUS) na Maternidade Carmela Dutra (MCD) através da auditoria do Cartão da Gestante de mulheres no puerpério imediato internadas no Alojamento Conjunto durante o mês de Fevereiro de 2008.

2.2 Específicos

- Analisar o preenchimento do Cartão da Gestante;
- Determinar a idade gestacional média ao início do pré-natal;
- Determinar o número médio de consultas de pré-natal realizadas;
- Analisar a solicitação dos exames complementares.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, retrospectivo, baseado na auditoria do Cartão da Gestante.

Na auditoria são verificados os registros, neste caso do Cartão da Gestante, com o objetivo de avaliar cada uma das partes que compõe a atividade (o atendimento pré-natal) (17).

3.2 População estudada

Foram analisados os cartões da gestante de todas as puérperas internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade Carmela Dutra de 1º a 29 de Fevereiro de 2008.

A Maternidade Carmela Dutra é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, conveniada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Inaugurada em três de julho de 1955, é uma instituição de atendimento terciário, referência não só para Florianópolis como também para o restante do estado de Santa Catarina (18). Nela ocorrem aproximadamente cinco mil nascimentos ao ano, sendo responsável por aproximadamente 50% da assistência ao parto no município (14, 18).

3.3 Critérios de inclusão

Para o presente estudo foi utilizado o Cartão da Gestante das puérperas cujo pré-natal se deu no município de Florianópolis – SC, mediante autorização concedida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 Critérios de exclusão

Não foram analisados os cartões da gestante de pacientes com parto pré-termo (abaixo de 37 semanas de idade gestacional) para aumentar a probabilidade de os cartões da gestante representarem todo o processo de assistência pré-natal oferecido.

Pacientes que não tenham realizado todas as consultas pré-natal em Florianópolis não entraram no estudo a fim de uniformizar os dados, uma vez que a elaboração de planos para a atenção obstétrica, a garantia de atendimento, a alocação de recursos financeiros e o

monitoramento da atenção obstétrica e neonatal são responsabilidades de âmbito municipal (15).

Uma vez que o projeto de pesquisa se propunha a abordar as puérperas durante a internação no Alojamento Conjunto, não fizeram parte do estudo as pacientes que não apresentaram o Cartão da Gestante neste período apesar de terem realizado o pré-natal.

Pacientes que não concordaram em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não tiveram seus cartões avaliados, de acordo com a resolução CNS 196/96 e suas complementares.

3.5 Elaboração da ficha de coleta de dados

Conforme CIARI, para a auditoria de um serviço, toma-se como modelo a ficha clínica usada no serviço a ser avaliado (17). Já que os Centros de Saúde são responsáveis pela maioria do atendimento pré-natal em Florianópolis (14), foi confeccionada uma ficha a partir do Cartão da Gestante adotado pela PMF no período em que o presente estudo foi realizado (anexos 1 e 2) .

3.6 Aplicação do questionário

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora, sob a supervisão dos funcionários da MCD.

3.7 Variáveis estudadas

Em relação à identificação da paciente foram coletados dados sobre a idade, local de realização do pré-natal e, em pacientes cuja assistência pré-natal foi prestada pelo SUS, o número do SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento).

As gestantes que durante a gravidez foram encaminhadas para um serviço de pré-natal de alto risco não foram excluídas do estudo, uma vez que, segundo o MS, a mulher deverá continuar sendo acompanhada conjuntamente na unidade básica (15). Nesta situação considerou-se o total de consultas como apenas uma ficha de pré-natal, mesmo que a gestante possuisse dois cartões.

As mulheres que optaram por acompanhar a gestação em dois serviços simultaneamente tiveram ambos os cartões da gestante avaliados em fichas diferentes. Isto porque não se trata de uma continuação do atendimento, e sim de serviços independentes.

Quanto à vacinação anti-tetânica, foram consideradas imunizadas pacientes que receberam três doses da vacina ou dose de reforço nos casos indicados. A vacinação foi considerada incompleta quando a imunização começou a ser feita, porém não foram aplicadas as três doses. Para estas definições seguiu-se o protocolo de atendimento da PMF, concordante com algumas bibliografias revisadas, e não o do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, que considera a gestante imunizada com duas doses da vacina (1, 6, 16).

Relativo à anamnese e ao exame físico da primeira consulta pré-natal, avaliou-se a presença de informações sobre a data da última menstruação (DUM), a data provável do parto (DPP), o peso materno prévio à gestação, a altura, os antecedentes obstétricos e a alergia a medicamentos.

Avaliou-se o número de consultas realizadas durante o pré-natal e sua distribuição por trimestres de gestação, além da idade gestacional no início do acompanhamento.

O preenchimento de dados referentes ao exame clínico-obstétrico das consultas de rotina foi feito de acordo com a idade gestacional. O cálculo da idade gestacional (IG) e a aferição de peso, pressão arterial sistêmica (PA) e presença de edema, como podem ser realizados em qualquer época da gestação, foram considerados em todas as consultas. Considerou-se a informação sobre a altura uterina (AU) a partir da 16ª semana de IG, época em que o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical. Anotações sobre os batimentos cardíacos fetais (BCF) foram analisadas a partir de 20 semanas de gestação, época em que é possível ser auscultado apesar de possíveis dificuldades técnicas como a obesidade materna, o erro de cálculo da IG e a indisponibilidade de um sonar (1, 3, 6, 9, 11).

A presença do gráfico para confecção da curva AU X IG impressa no cartão da gestante também foi observado, assim como seu preenchimento. Este foi considerado preenchido quando continha todas as coordenadas referentes às consultas em que a AU poderia ser aferida, seguindo os critérios acima descritos, desde que houvesse marcação de três ou mais pontos. Considerou-se incompleta a curva que contivesse menos pontos que o total de consultas cuja aferição da AU fosse possível.

Verificou-se a presença do resultado dos seguintes exames laboratoriais mínimos: hemoglobina e hematócrito (Hb e Ht), sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo 1, glicemia de jejum, sorologia para hepatite B (HbsAg), testagem anti-HIV, além de teste de tolerância oral à glicose (TTOG) e sorologias para rubéola, toxoplasmose e hepatite C (HCV).

Não foi feita análise sobre o preenchimento dos exames de bacterioscopia de secreção vaginal, cultura para estreptococo e urocultura. Apesar de sua importância, não há local fixo destinado à sua anotação. Esta informação foi muitas vezes percebida no meio de registros sobre intercorrências clínicas que não fazem parte do estudo, dificultando a coleta de dados, com a possibilidade de se tornar um viés. Por tais motivos optou-se por suprimir a análise sobre a solicitação de tais exames.

A solicitação de colpocitologia oncótica ou a presença do registro sobre o último exame realizado também foram observados. Quando a paciente realizou o exame durante o ano que precedeu a gestação (situação em que não é necessário repetir a coleta de material), o resultado foi considerado vigente no primeiro trimestre, desde que estivesse registrado no Cartão da Gestante.

Pesquisou-se o número de ultrassonografias realizadas e se alguma delas ocorreu entre 17 e 22 semanas de IG.

3.8 Análise estatística

O banco de dados e a análise estatística básica foram realizados através do programa EpiInfo 3.4.3. As tabelas e gráficos foram confeccionadas, respectivamente, com os programas Microsoft Office Word 2007® e Microsoft Office Excel 2007®.

Para análise do valor de p foi utilizado o cálculo T de Student, sendo considerado estatisticamente relevante quando menor que 0,05.

3.9 Aspectos éticos e legais

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra sob o número 0001.0.233.000-08.

4 RESULTADOS

Durante o mês de Fevereiro de 2008 estiveram internadas 269 puérperas no Alojamento Conjunto da MCD. Foi analisado o Cartão da Gestante de 116 destas pacientes, sendo que duas delas realizaram o pré-natal em dois serviços de saúde simultaneamente, totalizando 118 cartões. Posteriormente, uma paciente foi excluída do estudo, uma vez que esta perdeu o cartão da gestante em que constavam dados das quatro primeiras consultas de pré-natal, o que resultou em 117 cartões efetivamente válidos.

Cento e vinte e oito puérperas foram excluídas do estudo por não terem realizado o pré-natal no município de Florianópolis. Seis pacientes não estavam com o Cartão da Gestante no momento da coleta de dados, apesar de afirmarem ter realizado o pré-natal. Doze mulheres tiveram parto pré-termo (abaixo de 37 semanas de IG), uma não realizou todas as consultas no município e duas não aceitaram participar do estudo, sendo também excluídas.

Apenas quatro mulheres não freqüentaram o pré-natal pelo menos uma vez, e portanto não possuíam Cartão da Gestante, totalizando 2,84% das puérperas com residência em Florianópolis.

Das 115 puérperas incluídas no estudo, 17 realizaram o pré-natal na rede privada de assistência, 96 foram atendidas pelo SUS e 2 foram acompanhadas no SUS e na rede privada simultaneamente (figura 1).

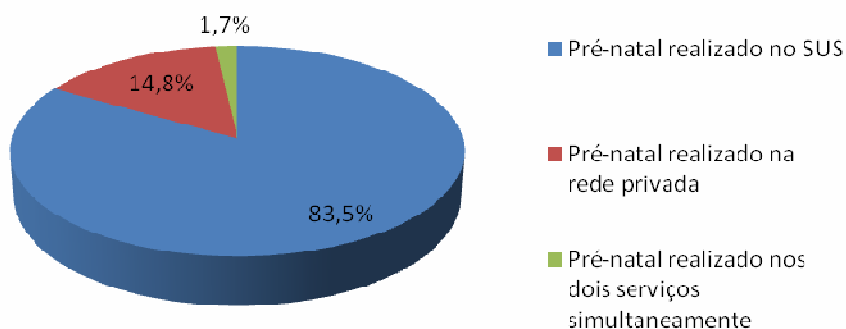


Figura 1 - Gráfico da distribuição do atendimento pré-natal entre o SUS e a rede privada na amostrada estudada

Tabela 1 - Distribuição da população estudada conforme faixa etária*

Faixa etária	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
10 – 14 anos	1	0,9%	0,9%
15 – 19 anos	23	20,0%	20,9% [†]
20 – 24 anos	37	32,2%	53,1%
25 – 29 anos	25	21,7%	74,8%
30 – 34 anos	15	13,0%	87,8%
35 – 39 anos	11	9,6%	97,4%
40 anos ou mais	3	2,6%	100,0%
Total	115	100,0%	100,0%

*Média de idade de 25,09 ± 6,55 anos.

[†] Porcentagem de gestações na adolescência (gestações entre 10 e 19 anos).

Tabela 2 - – Distribuição pacientes com pré-natal realizado pelo SUS conforme faixa etária*

Faixa etária	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
10 – 14 anos	1	1,0%	1,0%
15 – 19 anos	23	23,5%	24,5% [†]
20 – 24 anos	33	33,7%	58,2%
25 – 29 anos	17	17,3%	75,5%
30 – 34 anos	12	12,2%	87,8%
35 – 39 anos	10	10,2%	98,0%
40 anos ou mais	2	2,0%	100,0%
Total	98	100,0%	100,0%

*Média de idade de 24,51 ± 6,59 anos; extremos de 14 e 40 anos.

[†] Porcentagem de gestações na adolescência (gestações entre 10 e 19 anos).

Tabela 3 – Distribuição das pacientes cujo pré-natal ocorreu na rede privada, conforme faixa etária*

Faixa etária	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
20 – 24 anos	4	21,1%	21,1%
25 – 29 anos	8	42,1%	63,2%
30 – 34 anos	4	21,1%	84,2%
35 – 39 anos	2	10,5%	94,7%
40 anos ou mais	1	5,3%	100,0%
Total	19	100,0%	100,0%

* Média de idade de $28,84 \pm 5,42$ anos; extremos de 21 à 42 anos.

Durante a gestação foram realizadas, em média, $6,78 \pm 2,20$ consultas, com variação de 1 a 14, sendo que a moda foi de 7 consultas. A idade gestacional de início do acompanhamento foi de $102,25 \pm 43,69$ dias, e 76,07% das gestantes realizaram a primeira consultas com idade gestacional igual ou inferior a 120 dias. O início mais precoce foi com 39 dias e o mais tardio com 275 dias.

Tabela 4 – Número de consultas pré-natal realizadas no primeiro trimestre de gestação*

Número de consultas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
0	69	59,0%	59,0%
1	43	36,8%	95,7%
2	5	4,3%	100,0%
Total	117	100,0%	100,0%

* Média de $0,45 \pm 0,58$ consultas.

Tabela 5 – Número de consultas pré-natal realizadas no segundo trimestre de gestação*

Número de consultas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
0	12	10,3%	10,3%
1	21	17,9%	28,2%
2	43	36,8%	65,0%
3	36	30,8%	95,7%
4	3	2,6%	98,3%
5	2	1,7%	100,0%
Total	117	100,0%	100,0%

* Média de $2,03 \pm 1,08$ consultas.

Em dois cartões não havia registro de consultas no terceiro trimestre: uma puérpera realizou apenas uma consulta com 16 semanas e seis dias de gestação e a outra iniciou o acompanhamento em dois serviços simultaneamente, mas parou de frequentar o pré-natal em um deles com 17 semanas e 4 dias de idade gestacional.

Tabela 6 – Número de consultas realizadas no terceiro trimestre de gestação*

Número de consultas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
0	2	1,7%	1,7%
1	3	2,6%	4,3%
2	9	7,7%	12,0%
3	21	17,9%	29,9%
4	32	27,4%	57,3%
5	24	20,5%	77,8%
6	14	12,0%	89,7%
7	8	6,8%	96,6%
8	3	2,6%	99,1%
9	1	0,9%	100,0%
Total	117	100,0%	100,0%

* Média de $4,32 \pm 1,68$.

Tabela 7 – Número de consultas realizadas durante o pré-natal assistido pelo SUS

Trimestre de gestação	Número mínimo de consultas	Número máximo de consultas	Moda	Média	Desvio-padrão
Primeiro	0,00	2,00	0,00	0,45	0,58
Segundo	0,00	5,00	2,00	2,01	1,11
Terceiro	0,00	9,00	4,00	4,25	1,68
Total	1,00	14,00	6,00	6,71	2,23

Tabela 8 – Número de consultas realizadas durante o pré-natal efetuado na rede privada

Trimestre de gestação	Número mínimo de consultas	Número máximo de consultas	Moda	Média	Desvio-padrão
Primeiro	0,00	2,00	0,00	0,47	0,61
Segundo	0,00	4,00	2,00	2,10	0,94
Terceiro	1,00	8,00	4,00	4,63	1,71
Total	1,00	11,00	7,00	7,10	2,13

A idade gestacional em que se iniciou o acompanhamento pré-natal foi em média de $102,64 \pm 43,90$ dias no SUS e $100,21 \pm 43,68$ dias na rede privada. A proporção de gestantes que iniciaram o acompanhamento antes dos 120 dias de gestação foi de 76,5% no SUS e 73,7% na rede privada.

Tabela 9 – Dados sobre anamnese e exame físico da primeira consulta pré-natal

Dados	Número de cartões preenchidos	Porcentagem de preenchimento
DUM	114	97,4%
DPP	108	92,3%
Altura	68	58,1%
Peso anterior	78	66,7%
Antecedentes obstétricos	114	97,4%
Alergia a medicamentos	72	61,5%

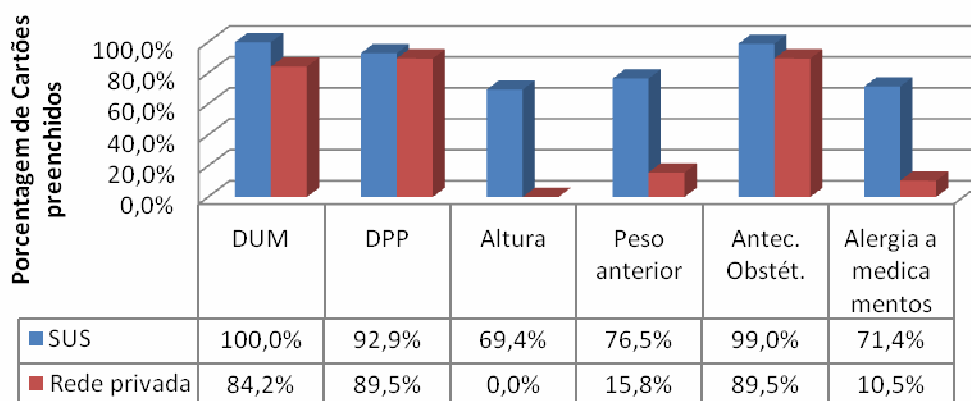


Figura 2 – Dados sobre anamnese e exame físico na primeira consulta, comparando o preenchimento destes entre cartões de gestantes acompanhadas no SUS e na rede privada

Tabela 10 – Existência do número do SISPRENATAL considerando o pré-natal realizado no SUS

SISPRENATAL	Número de cartões	Porcentagem
Existente	79	80,6%
Inexistente	19	19,4%
Total	98	100%

Informações sobre a imunização da mulher contra o tétano foram observadas em 76,1% dos cartões; no restante deles não havia espaço destinado a esta informação ou, quando existia, não estava preenchido (tabela 11).

Tabela 11 – Realização do esquema de vacinação antitetânica

Vacinação antitetânica	Frequência	Porcentagem
Completa	49	41,9%
Incompleta	40	34,2%
Não realizada/ Não consta	28	23,9%
Total	117	100,0%

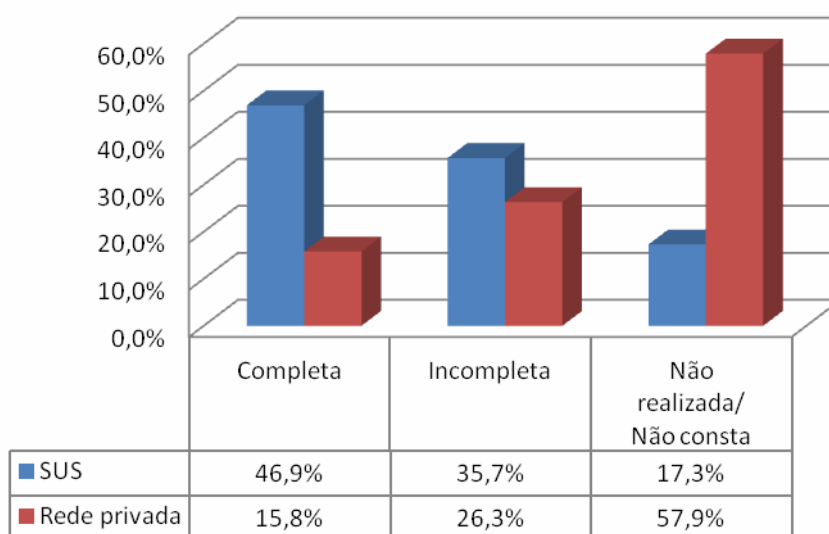


Figura 3 – Porcentagem de Cartões da Gestante com informação sobre a vacinação anti-tetânica, comparando a assistência pré-natal prestada no SUS e na rede privada

Foram analisadas as informações referentes ao exame clínico-obstétrico ao longo da assistência prestada. Registros sobre a pressão arterial sistêmica, peso e edema, como podem ser aferidos em qualquer idade gestacional, foram considerados em todas as consultas. Os registros sobre a altura uterina foram contabilizados nas consultas a partir da 16ª semana de idade gestacional, sobre o BCF a partir de 20 semanas, e sobre a apresentação fetal a partir de 28 semanas de idade gestacional (tabelas 12 e 13).

Tabela 12 – Porcentagem de preenchimento das informações sobre exame clínico-obstétrico a cada consulta ao longo do pré-natal

Dado analisado	Porcentagem de preenchimento	Desvio-padrão
Peso	96,85%	11,03%
PA	97,24%	10,02%
AU	98,47%	5,59%
BCF	98,13%	6,83%
Edema	84,42%	28,35%
Apresentação	63,74%	41,01%

Tabela 13 – Porcentagem de preenchimento (e desvio-padrão) das informações sobre exame clínico-obstétrico a cada consulta ao longo do pré-natal, comparando a assistência no SUS e na rede privada

Dado analisado	SUS	Rede privada
Peso	97,8% \pm 9,3%	92,1% \pm 16,9%
PA	97,0% \pm 10,6%	98,5% \pm 6,6%
AU	98,7% \pm 4,5%	97,1% \pm 9,6%
BCF	97,8% \pm 7,4%	100%
Edema	83,3% \pm 28,7%	90,1% \pm 26,2%
Apresentação	62,8% \pm 40,6%	68,6% \pm 43,9%

$p > 0,05$ para todas as variáveis

A curva AU X IG estava presente em 85,5% dos cartões da gestante analisados. Seu preenchimento foi considerado incompleto quando não havia marcação correspondente a todas as consultas em que a medida da AU era possível, ou quando havia menos de três marcações (tabela 14).

Tabela 14 - Presença da curva AU X IG no Cartão da Gestante e seu preenchimento

Curva AU X IG	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Completa	18	15,4%	15,4%
Incompleta	21	17,9%	33,4%
Em branco	61	52,1%	85,5%
Inexistente	17	14,5%	100,0%
Total	117	100,0%	100,0%

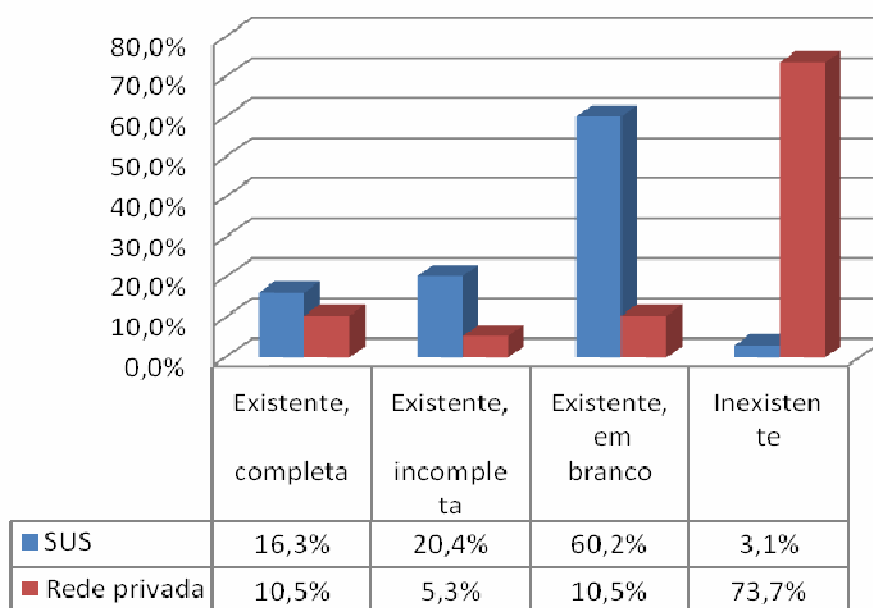


Figura 4 – Presença da curva AU X IG no Cartão da Gestante e seu preenchimento, comparando-se o pré-natal realizado no SUS e na rede privada

Tabela 15 – Exames laboratoriais solicitados no primeiro trimestre

Exame	Número de cartões	Porcentagem
Hb / Ht	84	71,8%
VDRL	84	71,8%
Urina tipo 1	81	69,2%
Glicemia de jejum	83	70,9%
TTOG	12	10,3%
Rubéola	63	53,8%
HbsAg	74	63,32%
PF	21	17,9%
Toxoplasmose	78	66,7%
HIV	71	60,7%
HCV	25	21,4%

Dentre os exames laboratoriais, foi observada a solicitação, a cada trimestre, de exames de triagem sorológica, além de hemoglobina, exame de urina tipo 1, glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose (TTOG) e parasitológico de fezes. Exames solicitados

e que não ficaram prontos até o momento do parto ou exames cujo resultado não foi anotado no cartão da Gestante não foram contabilizados (tabelas 15, 16 e 17 e figuras 5, 6 e 7).

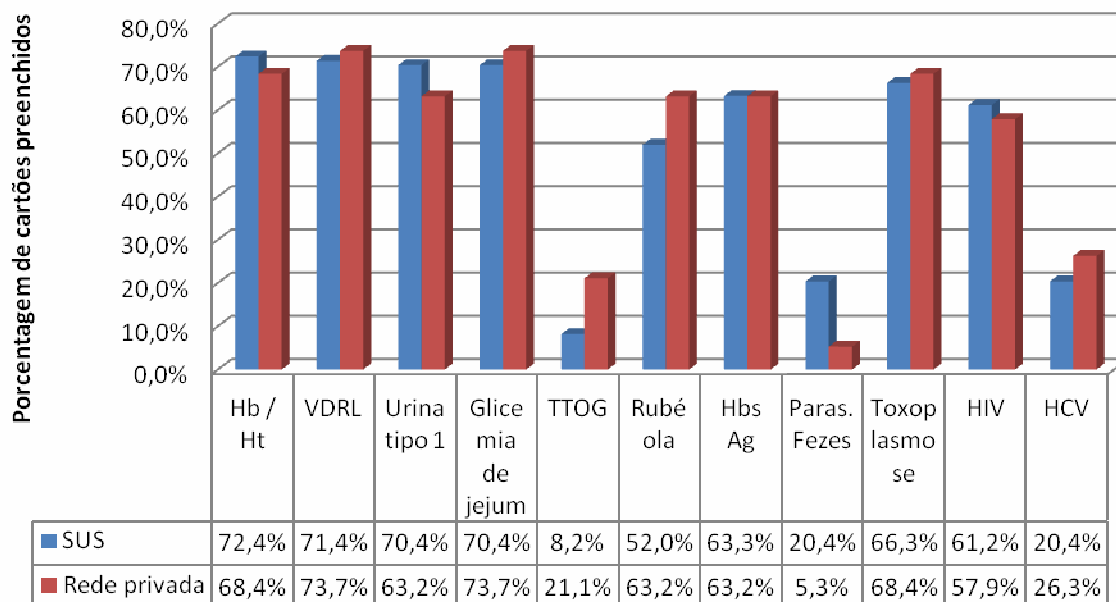


Figura 5 – Comparação entre SUS e rede privada na porcentagem de exames laboratoriais registrados no Cartão da Gestante referentes ao primeiro trimestre de gestação

Tabela 16 – Exames laboratoriais solicitados no segundo trimestre

Exame	Número de cartões	Porcentagem
Hb / Ht	57	48,7%
VDRL	55	47,0%
Urina 1	59	50,4%
Glicemia de jejum	53	45,3%
TTOG	22	18,8%
Rubéola	20	17,1%
HbsAg	25	21,4%
PF	1	0,9%
Toxoplasmose	29	24,8%
HIV	20	17,1%
HCV	7	6,0%

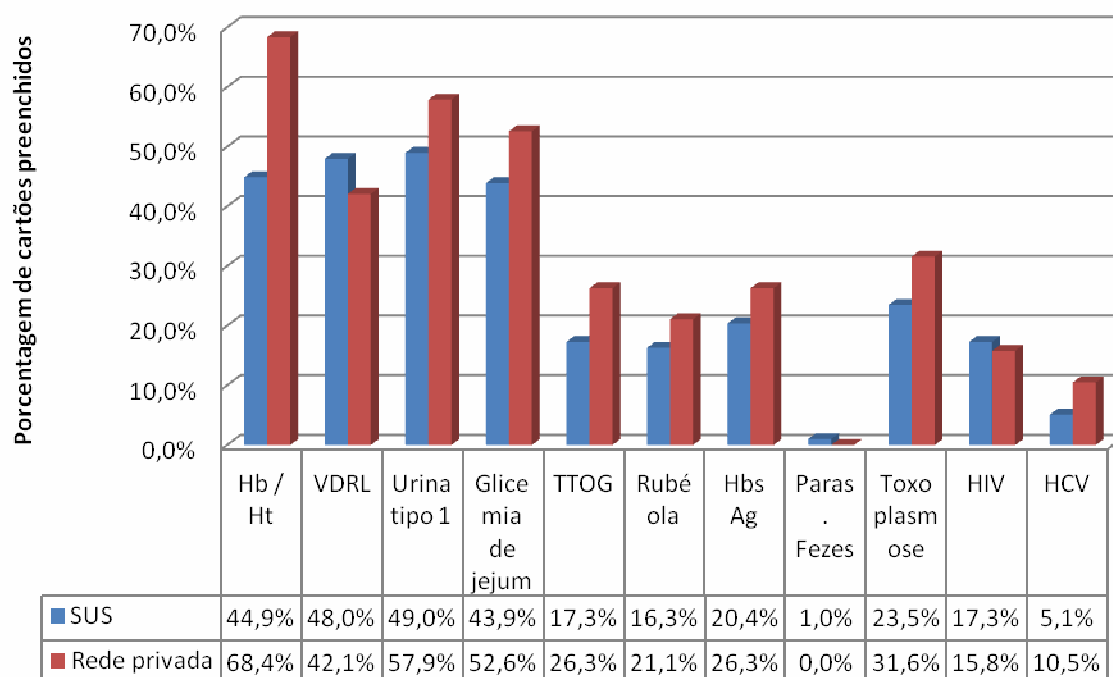


Figura 6 – Comparação entre SUS e rede privada na porcentagem de exames laboratoriais registrados no Cartão da Gestante referentes ao segundo trimestre de gestação

Tabela 17 – Exames laboratoriais solicitados no terceiro trimestre

Exame	Número de cartões	Porcentagem
Hb/ Ht	63	53,8%
VDRL	59	50,4%
Urina 1	68	58,1%
Glicemia de jejum	52	44,4%
TTOG	21	17,9%
Rubéola	19	16,2%
HbsAg	31	26,5%
PF	3	2,6%
Toxoplasmosse	28	23,9%
HIV	28	23,9%
HCV	10	8,5%

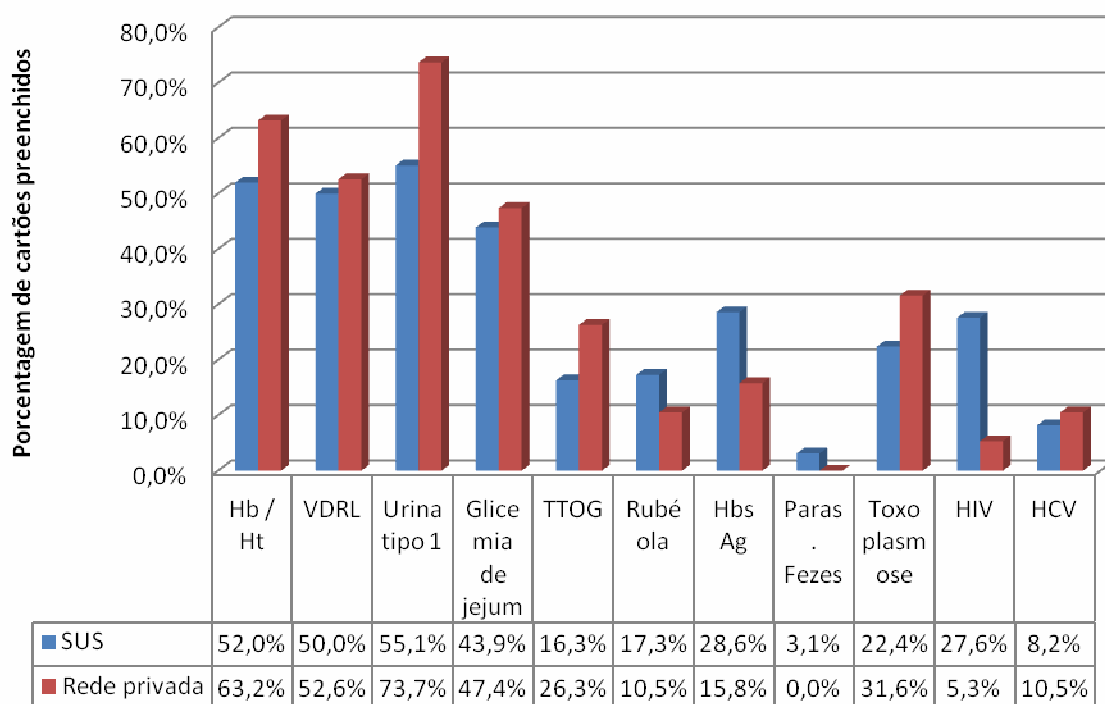


Figura 7 – Comparação entre SUS e rede privada na porcentagem de exames laboratoriais registrados no Cartão da Gestante referentes ao terceiro trimestre de gestação

Buscou-se informações sobre a realização do exame colpocitológico e em que trimestre da gestação o resultado estava disponível.

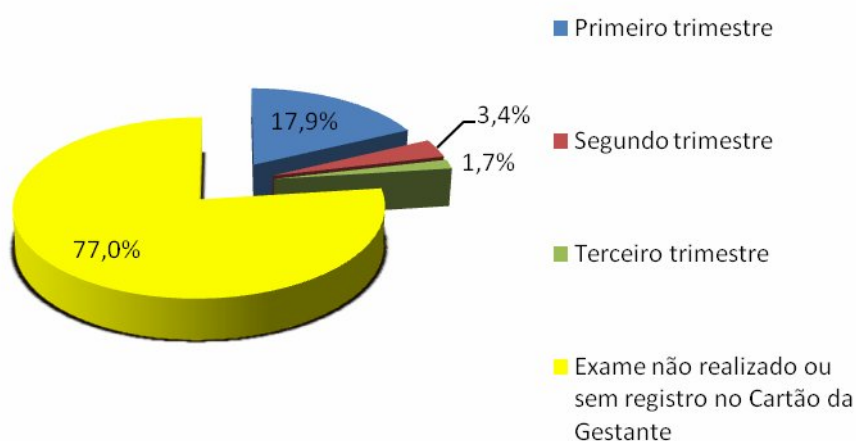


Figura 8 - Realização de colpocitologia oncótica considerando cada trimestre de gestação

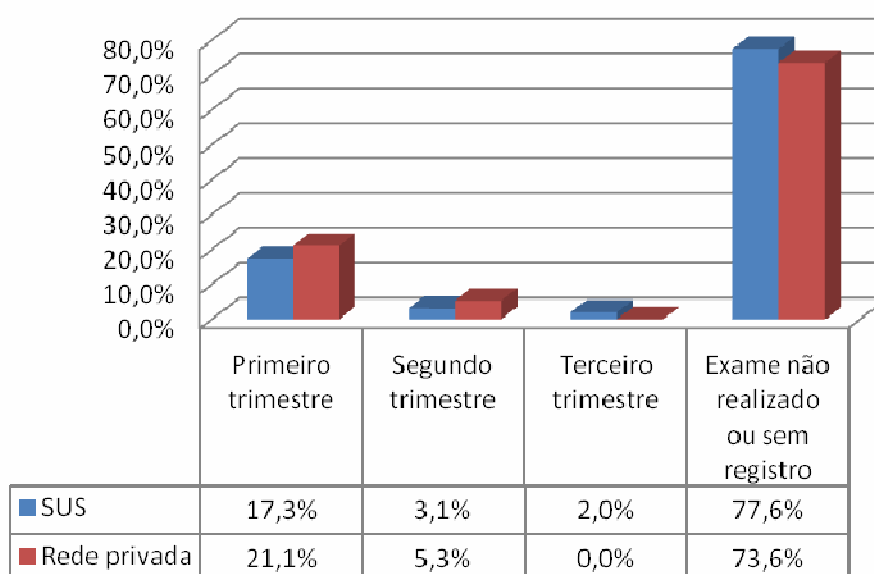


Figura 9 – Comparação entre o SUS e a rede privada na solicitação de colpocitologia oncótica no período gestacional

Ao se investigar a solicitação de exames de imagem, notou-se que apenas uma das puérperas do estudo não realizou ultrassonografia durante a gestação., sendo que 67 (57,3%) mulheres o realizaram entre 17 e 22 semanas de gestação (tabela 17).

Tabela 18 – Número de USG realizadas durante a gravidez*

Número de USG	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
0	1	0,9%	0,9%
1	45	38,5%	39,3%
2	34	29,1%	68,4%
3	26	22,2%	90,6%
4	9	7,7%	98,3%
5	2	1,7%	100,0%
Total	117	100,0%	100,0%

* Média de $2,03 \pm 1,05$.

Quando consideramos o PN realizado no SUS, a média de USG realizadas foi de $1,85 \pm 0,97$, sendo que 58,2% da amostra realizou o exame entre 17 e 22 semanas de IG. Na rede privada foi encontrada uma média $2,95 \pm 1,03$ ultrassonografias realizadas por paciente ($p < 0,0001$), 52,6% delas tendo realizado o exame no período supracitado.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo se dispôs de modo geral a analisar a assistência pré-natal prestada no município de Florianópolis às gestantes cujo parto se deu através do Sistema Único de Saúde (SUS) na Maternidade Carmela Dutra (MCD) através da auditoria do Cartão da Gestante de mulheres no puerpério imediato internadas no Alojamento Conjunto em um segmento do ano de 2008.

Apesar de a palavra “auditoria” poder ser interpretada como uma ação fiscalizadora ou punitiva, trata-se na realidade de uma análise voltada para a correção das falhas existentes. MELENDEZ *et al.* consideram esta uma atividade educativa, já que permite correções direcionadas às distorções (17).

Por meio da avaliação é possível demonstrar a validade das ações desenvolvidas através da relação entre o proposto e o obtido (17).

A análise dos dados contidos no cartão da gestante e o seu adequado preenchimento se baseia no fato de que, em um sistema de informação, uma vez que os dados seguem uma lógica quantitativa, acabam por comprometer-se sistematicamente às avaliações qualitativas. A compreensão de que somente o conjunto das ações reflete integralidade e pode produzir algum impacto, e que seria então necessário garantir a realização destas atividades com qualidade, fundamenta esta estratégia. (5)

A validade da assistência pré-natal foi exaustivamente endossada pela literatura mundial que mostra que um conjunto de atitudes, relativamente simples, bem organizadas e sistematizadas contribui sobremaneira para o decréscimo da morbi-mortalidade materna e fetal (3, 5, 11, 19-23). Trabalhos tem mostrado diminuição da mortalidade perinatal e da incidência de baixo peso ao nascer em até cinco e 2,5 vezes, respectivamente, ao se comparar gestações sem atendimento pré-natal e gestantes que tiveram mais do que cinco consultas de acompanhamento (21, 24, 25).

A cobertura pré-natal varia no Brasil. Em um estudo realizado em Caxias do Sul- RS, constatou-se uma cobertura pré-natal de 95,4%. COUTINHO *et al.*, em estudo que avaliou a qualidade do pré-natal em Juiz de Fora – MG, observou que 0,96% da sua amostra não realizou pré-natal (26, 27).

REGIS e PINHEIRO constataram que 2,6% das puérperas residentes em Florianópolis em 1999 não realizaram pré-natal; quando avaliadas as pacientes atendidas na MCD, 3% não

tiveram acompanhamento durante a gestação (14). No presente estudo encontramos uma taxa semelhante, totalizando quatro puérperas sem pré-natal, ou seja, 2,84% das pacientes com residência em Florianópolis.

Quando comparamos a porcentagem de puérperas que realizou o pré-natal pelo SUS percebemos uma diferença entre os dois estudos supracitados. O SUS foi responsável por 63,3% da assistência pré-natal realizada em 1999. Já neste estudo, aproximadamente 85% da amostra acompanhou a gestação nos serviços públicos de atendimento à saúde (Figura 1). Tal discrepância provavelmente se explica pela diferença nas amostras, uma vez que REGIS e PINHEIRO incluíram em seu estudo mulheres cujo parto ocorreu da rede privada (14).

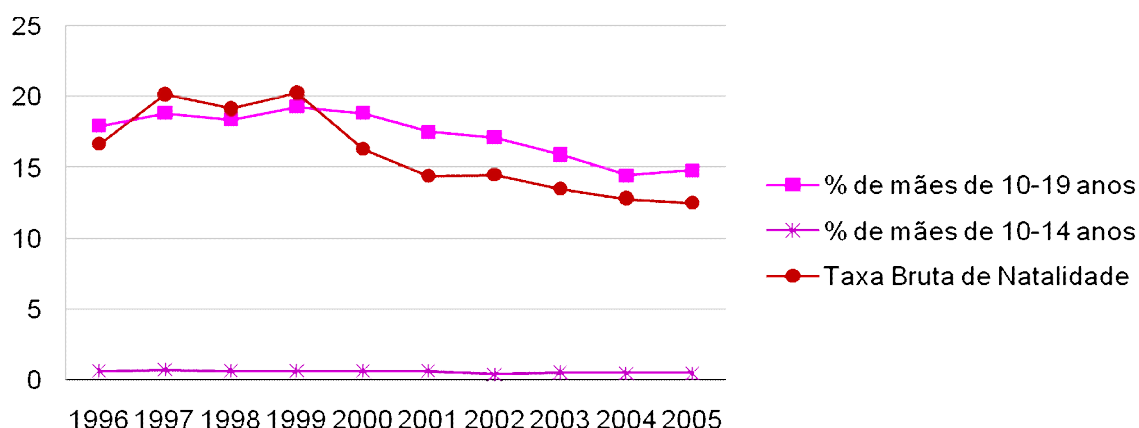
Segundo informações do DATASUS, 67,5% da população feminina de Florianópolis em 2007 estava em idade fértil, ou seja, tinha entre 10 e 49 anos (13).

A média de idade das pacientes foi de $25,09 \pm 6,55$ anos. Entre as mulheres cujo pré-natal ocorreu na rede privada tal média foi maior em relação às que foram atendidas no SUS: $28,84 \pm 5,42$ e $24,52 \pm 6,59$ respectivamente. A conquista de estabilidade financeira ao passar dos anos, maior grau de escolaridade com adiamento da maternidade podem ser alguns elementos envolvidos nesta diferença. Entretanto, a relação entre a idade materna e o uso da rede privada de assistência não pode ser estabelecida apenas com estes dados devido ao tamanho reduzido do primeiro grupo de pacientes.

Uma das características que precisam ser consideradas toda vez que se fala em atenção pré-natal é o número de gestantes adolescentes. Nos Estados Unidos, em 2004, ocorreram 41,2 nascimentos por mil mulheres entre 15 e 19 anos. Já no Brasil no ano de 2001, em 23,3% dos nascidos vivos as mães encontravam-se entre 10 e 19 anos (19, 28).

Apesar de a proporção de gestações em mulheres menores de 19 anos ter sofrido queda nos últimos dez anos, Florianópolis tem mantido taxas elevadas de gestação na adolescência (Figura 10) (13).

Ao considerarmos as pacientes estudadas, percebemos uma porcentagem ainda maior de mães adolescentes. Chamamos à atenção o fato de todas as adolescentes da amostra terem realizado o pré-natal no SUS, fato que ressalta a necessidade de programas voltados a essa faixa etária, que por si só se constitui em fator de risco durante uma gestação (tabelas 1-3) (16).



Fonte: DATASUS – Cadernos de Informação de Saúde

Figura 10 – Proporção de gestações na adolescência no município de Florianópolis

Quando se trata de avaliar a qualidade do pré-natal, um dos critérios adotados pelo MS para este fim é o número de gestantes que iniciou o acompanhamento antes dos 120 dias de gestação (15). A captação precoce das gestantes justifica-se pela necessidade de programar o pré-natal em função dos períodos mais adequados para a coleta dos dados clínicos, das fases em que a vigilância deve ser intensificada pela maior probabilidade de complicações e da possibilidade de acesso ao serviço (1).

MORAES et al. correlacionaram o momento da primeira consulta com os resultados perinatais. Seu estudo mostrou que apenas 5,1% nos neonatos foram prematuros ou tiveram peso de nascimento inferior a 2.500g quando a assistência teve início antes da 28ª semana de IG. Quando a assistência foi realizada após a 28ª semana de IG, 41,3% dos nascimentos foram prematuros e 43,5% pesou menos de 2.500g ao nascimento (29). No presente estudo a média de IG na primeira consulta foi de $102,25 \pm 43,68$ dias, sendo que 76,07% iniciaram o pré-natal antes dos 120 dias de gestação.

Para avaliar a qualidade do exame clínico-obstétrico no início da assistência pré-natal usou-se a medida indireta do grau de preenchimento referente à anamnese e ao exame físico iniciais. Constatou-se que dados referentes à DUM, à DPP e aos antecedentes obstétricos tiveram um grau de preenchimento superior a 90% na média. Porém, dados sobre a altura e o peso prévio à gestação, importantes para o acompanhamento do estado nutricional durante a gestação não foram observados em cerca de um terço dos cartões. De modo geral, o cuidado em registrar as informações referentes à história e ao exame físico inicial foi menor nos pré-natais realizados na rede privada (Tabela 9 e Figura 2).

Especificamente entre os cartões referentes ao atendimento através do SUS avaliou-se o preenchimento do número do SISPRENATAL. Este estava presente em mais de 80% dos cartões estudados.

O número ideal de consultas a serem realizadas durante a gravidez permanece controverso. Estudos recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm demonstrado que a efetividade da assistência aumenta pouco a partir de cinco consultas. Apesar disso, as mulheres sentiram-se menos satisfeitas com o número reduzido de consultas (4, 23)

Em Buenos Aires, GRANDI e SARASQUETA encontraram uma média de 5 consultas. No Brasil, dados do SINASC mostram que, entre os nascidos vivos, quase metade das mães realiza sete ou mais consultas pré-natal. Estudos realizados em diversas cidades mostraram esta tendência, 7 consultas em Pelotas, 6,2 consultas em Caxias do Sul, entre outros (19, 24, 25, 27).

O estudo de 2002 sobre o pré-natal em Florianópolis encontrou uma média de 7,3 consultas (14). A análise dos cartões no presente estudo mostrou uma média menor, de 6,8 consultas. Esta diferença talvez se deva ao fato de que, no estudo de REGIS e PINHEIRO, a informação sobre o número de consultas foi fornecida pelas pacientes, podendo ser superestimada. A maior proporção de pacientes cujo atendimento se deu na rede privada também pode ser uma explicação.

Segundo o protocolo da PMF, as consultas devem ter intervalo de quatro semanas até a 38ª semana de IG e, a partir de então, quinzenais ou semanais de acordo com a necessidade, até o momento do parto (16).

Durante o primeiro trimestre de gestação é recomendado que se realize pelo menos uma consulta de pré-natal, sendo este um indicador de qualidade na assistência. Nos Estados Unidos, em 2004, 84% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (6, 28).

Constatou-se neste estudo uma proporção de 41% de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, totalizando 48 puérperas (Tabela 4).

O MS orienta a realização de ao menos duas consultas no segundo trimestre (6). Esta recomendação foi observada em 71,8% das puérperas do estudo (Tabela 5)

Por ser o fim da gestação o momento em que há maior probabilidade de intercorrências obstétricas, preconiza-se a realização de, no mínimo, três consultas durante este período (6). Notamos a realização de 4,32 consultas em média dentre as puérperas cujos cartões foram analisados.

Em dois cartões avaliados não constavam consultas de terceiro trimestre. A falta de acompanhamento durante um período em que este é essencial pode indicar falha no vínculo

entre a gestante e a equipe de saúde. É importante que no decorrer do pré-natal a grávida perceba que os profissionais que a atendem são competentes e comprometidos, com uma visão humanizada e holística da sua saúde (10).

A vacina contra o tétano, integrante do calendário vacinal obrigatório no Brasil, deve ser realizada em todas as gestantes não imunizadas. De acordo com o protocolo do PHPN, a mulher pode ser considerada imunizada com o mínimo de duas doses da vacina antitetânica, desde que a segunda dose seja feita até vinte dias antes da data provável do parto. Entretanto, no restante da literatura consultada, a gestante só é considerada imunizada após a terceira dose da vacina, motivo pelo qual decidiu-se seguir o protocolo da PMF para o presente estudo. Nele é recomendada a aplicação de três doses a partir de vinte semanas de IG, com intervalo de 60 dias entre a primeira e a segunda dose, e cento e oitenta dias entre a segunda e a terceira. Nas gestantes que completaram as três doses ou realizaram a última dose de reforço há 10 anos ou mais, deve-se aplicar uma dose de reforço (1, 6, 16).

Apesar do fácil acesso à vacina antitetânica e de sua ampla divulgação, a imunização de gestantes encontra dificuldades quanto à sua total aplicabilidade. BUEKENS *et al.*, em estudo sobre a imunização contra o tétano durante o pré-natal de países em desenvolvimento, encontrou uma taxa de apenas 60% de imunização durante o pré-natal na América Latina (1, 30).

Na atual pesquisa, 41,9% da amostra estava imunizada contra o tétano e 34,2% não completaram as três doses da vacina. Em 23,9% dos cartões da gestante não havia informação sobre a situação de imunidade da paciente. Entre as usuárias do SUS, a 46,9% estavam imunizadas contra o tétano. Entre as pacientes cujo pré-natal se deu na rede privada, essa taxa é ainda mais preocupante: apenas 15,8% dos cartões registrava vacinação completa contra o tétano; na maioria dos cartões (57,9%) não havia dados sobre a vacinação antitetânica (Tabela 11, Figura 3).

Avaliar as consultas ao longo do pré-natal, apesar de difícil, é de extrema importância. Um dos principais componentes de um pré-natal bem feito é o acompanhamento do estado de saúde do binômio mãe-feto por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. Métodos clínicos simples, como a aferição da pressão arterial sistêmica e peso maternos, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e determinação da apresentação fetal diagnosticam 50% das alterações de crescimento fetal intra-uterino, 80% das apresentações pélvicas e previnem até 70% dos casos de eclâmpsia. Infelizmente são métodos pouco valorizados e deficientemente empregados na prática (1, 22).

Para uma avaliação, ainda que parcial, sobre a qualidade das consultas, foi examinado o preenchimento do Cartão da Gestante sobre o exame clínico-obstétrico de rotina. O percentual de itens que foram preenchidos nos informam da importância dada a cada item pelo pré-natalistas. (17)

Peso. Faz parte da consulta o acompanhamento do peso gestacional, que deve ser aferido em todas as consultas. Além de ser necessário para a orientação nutricional adequada, pode indicar crescimento fetal insuficiente (no caso de ausência de ganho ou perda de peso) e mulheres com risco aumentado de pré-eclâmpsia (quando há aumento repentino do peso, mesmo sem aumento da pressão arterial) (1, 6).

Encontrou-se neste estudo um percentual de $96,85\% \pm 11,03\%$ das consultas em que o peso foi registrado. Ao se comparar o atendimento realizado no SUS e na rede privada, percebeu-se uma maior porcentagem de preenchimento naquele serviço (97,77% contra 92,13%) (Tabela 13).

Pressão arterial sistêmica. Para justificar a importância de sua aferição em todas as consultas basta lembrar que a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é a primeira causa de morte materna no Brasil. Em estudo sobre a mortalidade materna, constatou-se que 37% de todas as mortes obstétricas diretas foram causadas pela eclâmpsia e pré-eclâmpsia (1, 6, 16, 19).

Informação sobre a PA foi encontrada em 97% dos atendimentos realizados pelo SUS e 98,5% das consultas da rede privada (Tabelas 12 e 13). É uma taxa relativamente baixa se considerarmos a importância do acompanhamento dos níveis tensionais comparado à facilidade técnica e de acesso aos equipamentos necessários para sua aferição.

Altura uterina. É um procedimento fácil e acessível a todos. Se a medida for realizada corretamente a cada consulta, é suficiente para se acompanhar o desenvolvimento fetal e seus anexos (1).

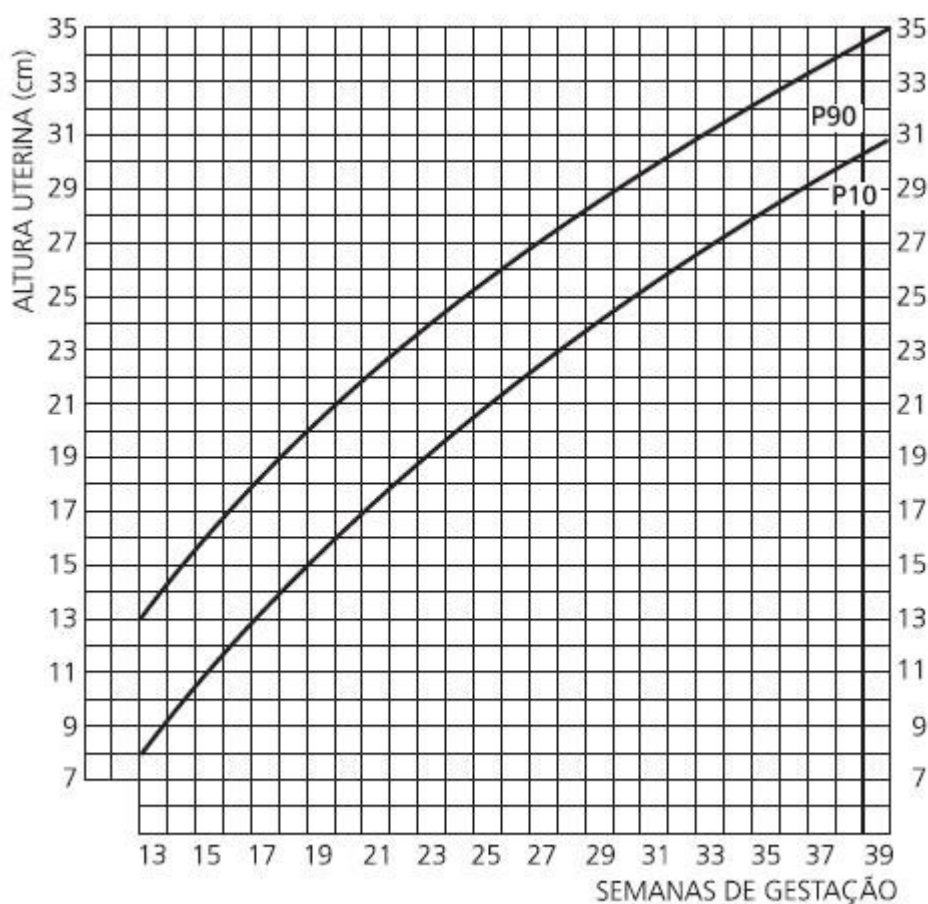
No presente estudo foi encontrada uma porcentagem de preenchimento sobre a AU semelhante entre as consultas realizadas na rede privada e no SUS, em média $98,47\% \pm 5,59\%$.

Ainda relacionado à medição da altura uterina, foi verificado no presente estudo a presença do adequado preenchimento da curva AU X IG. Trata-se de um gráfico em que, a cada consulta, correlaciona-se a idade gestacional calculada com a altura uterina na ocasião. Deste modo é possível acompanhar o desenvolvimento fetal ao comparar a curva obtida com os limites de normalidade (percentil 10 para o inferior e percentil 90 para o superior). O

padrão de referência são duas curvas construídas a partir de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) (Figura 11) (1, 6, 10).

Este é o mesmo gráfico impresso na Cartão da Gestante utilizado pela Secretaria de Saúde da PMF (anexos 1 e 2).

No atual estudo, a curva AU X IG foi encontrada impressa em 85,5% dos cartões. Entretanto, estava em branco em 52,1% deles (Tabela 14). Constatou-se que esta ferramenta é pouco utilizada tanto pelos pré-natalistas do SUS, onde se encontrou 60,2% dos gráficos em branco, quanto dos pré-natalistas da rede privada, cujos cartões não possuíam o gráfico supracitado em 73,7% dos cartões analisados (Figura 4).



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 11 – Curva de altura uterina para a idade gestacional utilizada pelo Ministério da Saúde

Batimentos cardíacos fetais. A determinação da frequência cardíaca do feto foi o primeiro recurso propedêutico utilizado para avaliar as condições fetais, permanecendo um instrumento útil e suficiente para acompanhar a gestação normal (1).

Dentre a amostra estudada, o BCF foi auscultado em todas as consultas (a partir de 20 semanas de IG) realizadas na rede privada, e em $97,77\% \pm 7,41\%$ das consultas realizadas no SUS.

Edema. Durante as consultas deve-se estar atento à presença de edema patológico. É um sinal de alerta para a necessidade de acompanhamento mais freqüente ou encaminhamento para o pré-natal de alto risco. Quando o edema for unilateral deve-se atentar para a possibilidade de processos trombóticos (1, 6, 19).

Sobre a presença de edema, foi verificado o preenchimento de $84,42\% \pm 28,35\%$ das consultas. No pré-natal realizado pelo SUS o preenchimento deste item foi menor ($83,33\%$ contra $90,06\%$) que na rede privada.

Apresentação. A investigação sobre a apresentação fetal tem por objetivo referir as gestantes onde se constatou apresentação pélvica ou transversa à uma unidade hospitalar com condições de atender distócia, dados os riscos inerentes ao parto nestes casos (6, 19).

No estudo realizado em Juiz de Fora, apenas $54,3\%$ continham informações sobre a apresentação fetal (26). No presente estudo este também foi o item com menor preenchimento, em média $63,74\% \pm 41,01\%$. Ao compararmos os serviços que realizaram o pré-natal, percebemos que o preenchimento foi maior na rede privada, mas ainda assim foi pequeno, abaixo de 70% das consultas.

No tocante aos exames complementares, é importante ressaltar que eles são apenas parte do pré-natal, apesar de muitas vezes serem considerados o objetivo principal do acompanhamento, tanto pelas gestantes quanto pela equipe de saúde.

Hemoglobina/Hematócrito. Apesar de ocorrer maior produção eritrocitária durante a gestação, observa-se aumento mais significativo do volume circulante, resultando em hemodiluição. Se ocorrer diminuição da taxa de hemoglobina abaixo de 11% é diagnosticada anemia, condição freqüente na gestação. Quando são encontrados níveis de hemoglobina abaixo de 8% , deve-se encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco. Tal cuidado se deve ao fato de a anemia materna severa estar associada com redução do líquido amniótico, vasodilatação cerebral fetal e alterações no BCF, além de aumentar o risco de prematuridade, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer e morte fetal (1, 31, 32).

Verificou-se no presente estudo a solicitação de Hb/Ht em $71,8\%$ dos cartões no primeiro trimestre, $48,7\%$ no segundo e $53,8\%$ no terceiro trimestre. Ao compararmos os

serviços público e privado, percebemos maior solicitação de exames neste, exceto no primeiro trimestre (Tabelas 15-17, Figuras 5-7).

VDRL. A importância da triagem sorológica para sífilis cresceu paralela ao número de casos de sífilis primária e secundária a partir dos anos 80. As consequências da transmissão vertical desta doença são graves: cerca de 50% das crianças nascidas com sífilis apresentam parto prematuro, morte fetal intra-uterina ou morte no período neonatal, além do risco de doença congênita. É um exame de baixo custo, que pode indicar a necessidade de tratamento também simples e barato, com benefício para ambos mãe e feto. A indicação de triagem para sífilis na gestação é consenso e deve ser realizada na primeira consulta. O exame deve ser repetido a partir de 28 semanas ou no terceiro trimestre, especialmente em gestantes de risco, e deve ser realizado no momento do parto (1, 15, 33, 34).

Encontrou-se resultado de VDRL em 71,8% , 47% e 50,4% respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro trimestres. A solicitação no SUS e na rede privada foi semelhante (Tabelas 15-17, Figuras 5-7).

Urina tipo I. A presença de traços de proteinúria no exame de urina direciona para investigação mais atenta de DHEG. Segundo o manual do PHPN, este é o exame indicado na triagem de bacteriúria assintomática – caso apareçam bactérias, leucócitos, piócitos sem sinais de infecção do trato urinário, solicita-se uma urocultura com antibiograma (1, 6).

A bacteriúria assintomática é um risco durante a gravidez pelo risco aumentado de evoluir para pielonefrite. É também associado ao aumento de risco de nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Segundo dados da literatura, a urocultura seria o melhor meio de diagnóstico e de triagem da bacteriúria assintomática (1, 6, 35-39)

Encontrou-se resultado de exame de urina 1 entre 50 e 70% dos cartões pré-natal ao avaliarmos a solicitação do exame por trimestres, sendo que a maior proporção foi encontrada no início do pré-natal. A comparação entre o pré-natal realizado através do SUS e através da rede privada mostrou que a proporção máxima de pacientes com solicitação do exame ocorreu no terceiro trimestre para as usuárias da rede privada (73,7%), e no primeiro trimestre para as usuárias do SUS (70,4%) (Tabelas 15-17, Figuras 5-7). Sugere-se que este exame ainda é subutilizado ao considerarmos que até 40% dos casos de bacteriúria assintomática não tratada podem evoluir para pielonefrite (1, 35, 36, 38-40).

Glicemia de jejum e TTOG. Apesar de a glicemia de jejum ser atualmente o exame recomendado para rastreio do diabetes gestacional, a melhor maneira de diagnosticar esta alteração ainda é controverso. Por este motivo realizou-se no presente estudo a avaliação dos pedidos não só da glicemia de jejum, mas também do teste de tolerância oral à glicose durante

o pré-natal. O protocolo municipal indica a realização da glicemia de jejum e, quando seu resultado for alterado ($>85\text{mg/dL}$), a realização do TTOG.

Durante o primeiro trimestre, a solicitação da glicemia de jejum ocorreu em 71% dos pré-natais, e se manteve em torno de 45% nos demais trimestres. O TTOG foi solicitado, em média, para 18% das gestantes no segundo e no terceiro trimestres, sendo mais solicitado entre os pré-natais realizados na rede privada.

Rubéola. A triagem para rubéola faz parte do protocolo municipal e recomendada pelo MS onde sua realização for possível. Entretanto não há dados científicos que justifiquem o rastreamento de rotina para infecção por rubéola no pré-natal. Alguns autores recomendam que esse exame seja realizado apenas quando há suspeita clínica de infecção, porém não há tratamento que atinja o feto caso a doença seja confirmada (1).

A sorologia para rubéola foi solicitada, no primeiro trimestre, em 54% dos cartões avaliados (63,2% dos cartões da rede privada e 52% dos cartões do SUS)

HbsAg. A realização de triagem para detecção de hepatite B é recomendada no Brasil dada a incidência de cerca de 1% em nosso meio. A prevenção de transmissão vertical da doença se dá através aplicação da vacina e imunoglobulina logo após o parto.

O maior índice de solicitação deste exame dentre os cartões analisados ocorreu no primeiro trimestre, tanto nos pré-natais realizados no SUS quanto os que aconteceram na rede privada (Tabelas 15-17, Figuras 5-7). Entretanto alguns autores recomendam que a triagem ocorra no terceiro trimestre. Tal atitude se justificaria pelo fato de que a intervenção com objetivo de evitar a transmissão ocorre no momento do parto; realizar o exame tardiamente detectaria também as gestantes cuja infecção se deu durante a gravidez (1, 35, 36, 38-40).

Parasitológico de fezes. Exame em desuso, dada sua baixa sensibilidade. Foi pouco solicitado nos pré-natais avaliados, sendo a média máxima de aproximadamente 18% no primeiro trimestre (Tabelas 15-17, Figuras 5-7).

Toxoplasmose. Às vezes assintomática, é a infecção congênita mais prevalente em nosso meio. A triagem para esta doença é recomendada nos protocolos nacionais, a exemplo no manual do PHPN, que indica tratamento caso a detecção de anticorpos da classe IgM seja positiva. Entretanto, a terapia com espiramicina é motivo de controvérsias na literatura internacional. Trabalhos de revisão tem demonstrado aparente diminuição no número de seqüelas graves com o tratamento, porém não se observa diminuição das taxas de transmissão vertical. Há uma recomendação de não se inserir a pesquisa para toxoplasmose na rotina pré-natal de países em que ela ainda não seja feita, uma vez que o rastreio é caro e ainda faltam

estudos que comprovem o impacto do tratamento e dos exames de triagem da doença (1, 6, 16, 41, 42).

Dentre os cartões da gestante avaliados neste estudo, 66,7% apresentavam sorologia para toxoplasmose no primeiro trimestre; proporção semelhante foi encontrada entre os pré-natais realizados na rede pública e na rede privada. Nos trimestres seguintes, a solicitação do exames permaneceu na faixa de 24% (Tabelas 15-17, Figuras 5-7)

HIV. A triagem sorológica para o vírus da imunodeficiência humana foi introduzido como exame de rotina no PN já que a maioria das pacientes com o vírus não apresenta fatores de risco identificáveis pela história, além de ser possível reduzir os índices de infecção fetal pelo uso de terapia anti-retroviral (TARV) durante a gestação. Esta terapia permite reduzir os índices de transmissão vertical de 24 para 8% (1, 43).

Apesar dos benefícios potenciais advindos da triagem sorológica para o HIV, ainda é baixa sua solicitação no pré-natal. Dados do SISPRENATAL de 2002 mostraram uma cobertura de apenas 35,38% de gestantes que realizaram o exame (44). No estudo atual, apenas 60,7% dos cartões apresentava a solicitação do exame no primeiro trimestre, 17,1% no segundo e 23,9% no último trimestre. Aspecto interessante é constatado na observação dos cartões das pacientes cujo acompanhamento se deu na rede privada. Em todos os trimestres, a solicitação do exame foi menor quando comparada à solicitação no SUS. Tal dado pode nos sugerir dificuldade no relacionamento com a paciente privada, ou excesso de confiança quanto à exposição dessa população ao vírus.

HCV. Atualmente existem vários protocolos a respeito de quem deveria ser testado para a hepatite C, com recomendações nem sempre concordantes. Entretanto todos são unânimes em afirmar que a gravidez por si só não é indicação para testagem (45).

Durante o primeiro trimestre de gestação, 21,4% das gestantes cujos cartões foram analisados foram testadas para hepatite C, em proporções semelhantes quando comparamos qual o serviço em que foi realizado o pré-natal (público ou privado). Nos trimestres seguintes a testagem foi solicitada em proporção menor de pacientes, 6,0% e 8,5% no segundo e terceiro trimestres, respectivamente.

Apesar de a gravidez não ser uma indicação para mudar a rotina de triagem para o câncer cervical, o pré-natal é muitas vezes a única oportunidade de algumas mulheres realizarem consulta médica (3, 6, 16).

Ao analisarmos os cartões da gestante, percebemos que 77% deles não traziam informação a respeito da colpocitologia oncótica (Figuras 8 e 9). Este é um dado preocupante: não se está oferecendo a oportunidade de realizar o exame preventivo durante o pré-natal,

momento em que as consultas costumam ser regulares e já há, por parte das pacientes, a expectativa de que se realizem exames. Tal constatação nos leva a crer na deficiência de orientações sobre medidas preventivas, dentre elas a realização do exame de Papanicolau.

A realização rotineira de ultrassonografia no pré-natal, apesar de ser comum e amplamente divulgada, permanece tema controverso. Estudos atuais não demonstram redução na morbi-mortalidade materna ou perinatal decorrente do uso de exames de imagem na gestação sem indicação clínica específica. Ainda assim tem se observado abuso na solicitação deste exame, elevando os custos e o número de resultados falso-positivos (3, 6).

O protocolo de atendimento pré-natal do MS indica a ultrassonografia nos locais em que sua realização for possível, porém entende que a não realização do exame não constitui omissão ou perda de qualidade do pré-natal. Vale lembrar que aqui estamos discutindo o uso rotineiro da ultrassonografia. Situação distinta é sua indicação por uma suspeita clínica bem orientada, como a avaliação da vitalidade fetal; nestes casos estão comprovados os benefícios do exame (6).

Ao se considerar que a IG estimada pela DUM apresenta erro em 11% a 42% das gestações, há uma tendência em indicar o exame de ultrassonografia no início da gestação para determinar a idade gestacional. A época ideal para solicitação do exame com este fim seria entre 10 e 13 semanas de IG, quando também seria possível a determinação do número de fetos e a medida da translucência nuchal. Para avaliação morfológica seria ideal repetir a ultrassonografia após as 20ª semana de IG (3, 6, 11).

No protocolo da PMF recomenda-se a realização de ultrassonografia obstétrica entre a 17ª e 22ª semana de gestação, melhor época para o exame ser realizado quando não há objetivo clínico específico (16, 46).

Das gestantes que participaram deste estudo, apenas uma não realizou ultrassonografia durante a gestação. Foi solicitado em média 2,03 exames por cartão avaliado. A média de exames dentre as usuárias do SUS foi de 1,85 exames, 58,2% deles realizados entre 17 e 22 semanas de IG. A solicitação de ultrassonografia nas gestações acompanhadas na rede privada foi maior, com média de 2,95 exames por paciente. Apesar de a amostra de puérperas cujo PN se deu na rede privada ser pequena neste estudo, tal diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

6 CONCLUSÕES

O pré-natal em Florianópolis possui boa cobertura da população e cumpre o número mínimo de consultas estipulados pelo Ministério da Saúde.

Apesar de a maioria das gestantes iniciar o acompanhamento abaixo dos 120 dias de gestação, ainda é considerável o número de mulheres que iniciam tardiamente o pré-natal, indicando que a captação precoce das gestantes deve ser ampliada.

Ao analisar o preenchimento do Cartão da Gestante, percebemos que este é incompleto e, em alguns casos, insuficiente para assegurar à mulher o direito de um ciclo grávido-puerperal seguro e saudável.

Os exames complementares foram acessíveis às gestantes; contudo vale ressaltar a necessidade de uma solicitação mais criteriosa destes, aumentando a solicitação de exames de triagem para VDRL e HIV, por exemplo, e revendo a necessidade de exames cujo benefício no pré-natal não está suficientemente comprovada.

Ações preventivas, a exemplo da realização de colpocitologia oncótica e vacinação anti-tetânica não alcançaram a abrangência ideal e esperada.

Embora o número de consultas tenha sido adequado, nota-se que estas não compreendem todas as ações de medicina preventiva que poderiam contribuir não apenas para o bom andamento da gravidez, mas também para o fortalecimento do vínculo entre a mulher e a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buchabqui JA, Abeche AM, Brietzke E. Assistência pré-natal. In: Freitas F, editor. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 23-37.
2. Neme B. Obstetrícia Básica. São Paulo: Sarvier; 1994.
3. Belfort P. Medicina Preventiva: Assistência Pré-Natal. In: Guanabara-Koogan, editor. Obstetrícia: Jorge de Rezende. 9 ed. Rio de Janeiro; 2002. p. 260-77.
4. Vieira MSM. A assistência pré-natal prestada à gestante em serviços de saúde de Florianópolis-SC: buscando a qualidade com foco na normatização preconizada e nas necessidades das mulheres. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
5. Serruya SJ. A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Campinas, SP: UNICAMP; 2003.
6. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. [cited. Available from: www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/cartilha_informacoes_gestores_e_tecnicos.doc
7. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.
8. Parras AP, Schirmer J, Filho JFNF, Fajardo ML, Reis PAK, Chacel PP, et al. Assistência pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [cited.
9. Filho CM. Assistência Pré-Natal. In: ACM, editor. Manual de terapêutica: ginecologia e obstetrícia. 2 ed. Florianópolis: ACM; 1999. p. 215-20.
10. Amed AM, Filho ARdS, Júnior CAA, Trindade CR, Tristão EG, Fares FHA, et al. Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; [cited.
11. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2006 [cited. Available from: www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf
12. Neto JAS, Silveira SK. Rotina Básica de Pré-Natal. In: Neto JAS, Silveira SK, editors. Manual de Rotinas de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis; 2006. p. 7-8.
13. Cadernos de Informação de Saúde: Informações Gerais. Secretaria Executiva - Ministério da Saúde; 2005.
14. Regis LGT, Pinheiro CEA. Atendimento Pré-Natal em Gestantes Residentes em Florianópolis 1999. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2002;31(1/2):2-8.
15. Filho AMS, Serra ASdL, Rattner D, Cruz DRN, Cezimbra GSS, Pires HMB, et al. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2005 [cited. Available from: <http://www.saude.gov.br>.

16. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis; 2006 [cited. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_da_mulher.pdf.
17. Júnior CC, Arnoni A, Siqueira AAFd, Almeida PAMd, Giron SG. Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: Auditoria de fichas clínicas. Rev Saúde públ. 1974;8(2):203-12.
18. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; [cited 2008 May, 17]; Available from: www.saude.sc.gov.br.
19. Laurenti R, Jorge MHPdM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(4):449-60.
20. Prenatal assessment of gestational age and fetal weight [database on the Internet]. 2007 [cited.
21. Faneite P. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 1998;1(58):1-3.
22. Leung W, Pun T, Wong W. Undiagnosed breech revisited. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106(7):638-41.
23. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. Paediatr Perinat Epidemiol. 1998;12(2):7-26.
24. Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Arch Argent Pediatr. 1996;4(94):232-7.
25. Halpern R, Barros F, Victora C, Tomasi E. Atendimento pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. Cad Saúde Pública. 1998;14(3):487-92.
26. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2003;25:717-24.
27. Trevisan MdR, Lorenzi DRSD, Araújo NMd, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. RBGO. 2002;24(5):293-9.
28. Hoyert D, Mathews T, Menacker F, Strobino D, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2004. Pediatrics. 2006;117(1):168-83.
29. Moraes ENd, Alflen TL, Spara P, Beitune PE. Momento e Frequência das Visitas de Pré-Natal: Repercussões Sobre os Nascimento Pré-Termo. RBGO. 1998;20(1):25-32.
30. Buekens P, Tsui A, Kotelchuck M, Degraft-Johnson J. Tetanus immunization and prenatal care in developing countries. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 1995;48(1):91-4.

31. Sifakis S, Pharmakides G. Anemia in pregnancy. *Ann N Y Acad Sci.* 2000;900:125-36.
32. Carles G, Tobal N, Raynal P, Herault S, Beucher G, Marret H, et al. Doppler assessment of the fetal cerebral hemodynamic response to moderate or severe maternal anemia. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(3):794-9.
33. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part II. Third-trimester care and prevention of infectious diseases. *Am Fam Physician.* 2005;71(8):1555-60.
34. Clinical Guideline 6: Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. 2003 [updated 2003; cited 2008 May, 19]; Available from: <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=693>.
35. Junior JD, Lefevre M. Urinary tract infections during pregnancy. *Am Fam Physician.* 2000;61(3):713-21.
36. Millar L, Cox S. Urinary tract infections complicating pregnancy. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11(1):13-26.
37. Millar L, DeBuque L, Leialoha C, Grandinetti A, Killeen J. Rapid enzymatic urine screening test to detect bacteriuria in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000;95(4):601-4.
38. Naeye R. Causes of the excessive rates of perinatal mortality and prematurity in pregnancies complicated by maternal urinary-tract infections. *New England Journal of Medicine.* 1960;300(15):819-23.
39. Shelton S, Boggess K, Kirvan K, Sedor F, Herbert W. Urinary interleukin-8 with asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2001;97(4):583-6.
40. Patterson T, Andriole V. Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11(3):593-608.
41. Foulon W, Villena I, Stray-Pedersen B, Decoster A, Lappalainen M, Pinon J, et al. Treatment of toxoplasmosis during pregnancy: a multicenter study of impact on fetal transmission and children's sequelae at age 1 year. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2 Pt 1):410-5.
42. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy [database on the Internet]. 2000 [cited.
43. ACOG committee opinion number 304. *Obstet Gynecol* 2004;104(5 Pt 1):1119-24.
44. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TdGd. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1281-9.
45. Diagnostic approach to hepatitis C virus infection [database on the Internet]. 2006 [cited.

46. Gaio DSM. Assistência pré-natal e Puerpério. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editors. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 357-67.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO 1



PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL
A SAÚDE DA MULHER

**CARTÃO
DA
GESTANTE**

[illegible]

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Idade: _____ Matrícula SUS: _____

Endereço: _____

Telephone: _____

[illegible]

A gravidez não é doença, no entanto, exige a atenção dos profissionais de saúde para evitar complicações, por isso é necessário:

- Ir à consulta na data marcada.
- Repetir a consulta cada vez que seja indicada ou você julgue necessária.
- Cumprir as indicações feitas no posto ou centro de saúde.

SINAIS DE COMEÇO DE PARTO

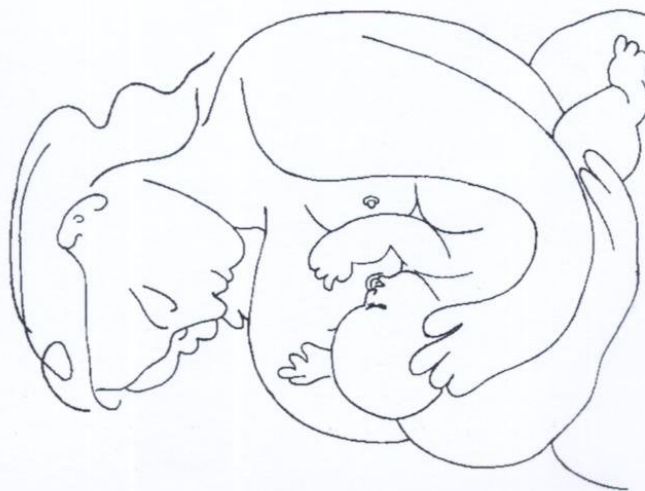
- Endurecimento da barriga, cada vez mais forte e mais frequente, (com ou sem perda de muco pela vagina).
- Rompimento da bolsa de água (perda de líquido).

VOCÊ DEVE PROCURAR IMEDIATAMENTE A MATERNIDADE CASOTENHA.

- Perda de sangue ou líquido pela vagina.
- Inchaço no rosto ou de todo o corpo.
- Dor de cabeça ou manchas na visão.
- Febre ou calafrios.
- Sinais de começo de parto, qualquer que seja o tempo de gravidez.
- Falta de movimentação de seu bebê por mais de 1 (um) dia.

DEPOIS DO PARTO:

É importante voltar para controle na data e local indicados, trazendo este cartão. Aproveite, também, para levar seu filho ao serviço de saúde. Assegure-se de que sua consulta e a do seu bebê sejam marcadas para o mesmo dia.



Amamentar pode ser muito prazeroso. O leite materno é o leite ideal para o bebê. Faz o seu filho crescer mais sadio. Amamentar é uma oportunidade de você e seu filho ficarem próximos. Suas mamas devem ser examinadas nas consultas de pré-natal. Se houver algum problema, a melhor época para corrigi-lo é durante a gravidez. Coloque seu bebê no seio logo que ele nascer. Evite bicos e mamadeiras, deixe primeiro que o bebê aprenda a sugar no peito. Bicos e mamadeiras podem confundir o bebê, atrapalhando a amamentação.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá aos seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: TOCOGINECOLOGIA

ALUNO: FRANIELI ETIANE ZAGO

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____